

Fragebogen

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keinem Auftrag oder Vertragsabschluss und auch zu keiner Zahlung. Der vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllte Fragebogen ermöglicht uns ein detailliertes Angebot zu erstellen.

I. Auftraggeber (Kontaktperson)

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Ort/ PLZ:	_____
Telefon:	_____	Handy:	_____
Fax:	_____	E- Mail:	_____

II. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

☐ Frau ☐ Mann

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Ort/ PLZ:	_____
Telefon:	_____	Handy:	_____
Alter:	_____		
Größe:	_____ cm	Gewicht:	_____ kg

Mit wem wohnt der Patient/die Patientin? _____

Verhältnis zum Auftraggeber ☐ Vater ☐ Mutter ☐ anderer Verhältnisgrad _____

Wer sollte der Vertragspartner sein? ☐ Auftraggeber ☐ Leistungsempfänger

An wen sollte die Rechnung geschickt werden? ☐ Auftraggeber ☐ Leistungsempfänger

Wann sollte die Betreuung beginnen? _____

Der Termin ist ☐ fest ☐ flexibel

Dauer der Betreuung: ☐ ein Monat ☐ 6 Wochen ☐ 2 Monate

III. Gesundheitsmerkmale

Pflegegrad

- ☐ kein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ beantragt ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ist der Patient zur Zeit durch einen Pflegedienst versorgt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja – wie oft kommt der Pflegedienst? _____

Wenn ja – womit beschäftigt sich der Pflegedienst? _____

Wird der Pflegedienst nach Ankunft der Betreuungskraft weiter in Anspruch genommen?

- ☐ ja ☐ nein

Welche Krankheiten sind bei dem Patienten / der Patientin bekannt?

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| ☐ Altersbedingte Schwäche | ☐ Inkontinenz | ☐ |
| ☐ Alzheimer | ☐ Multiple Sklerose (MS) | |
| ☐ Asthma | ☐ Osteoporose | |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Parkinson | |
| ☐ Chronische Durchfälle | ☐ Rheuma | |
| ☐ Dekubitus | ☐ Schlaganfall | |
| ☐ Demenz | ☐ Schluck-/Kaustörungen | |
| ☐ Depression | ☐ Stoma | |
| ☐ Diabetes (tablettenpflichtig) | ☐ Tumor/ Krebserkrankungen | |
| ☐ Diabetes (insulinpflichtig) | welche? _____ | |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ andere Krankheiten: | |
| ☐ Herzinsuffizienz | _____ | |
| ☐ Herzrhythmusstörung | | |

Demenz

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ beginnend | ☐ mittelschwer | ☐ fortgeschritten |
| ☐ Weglauftendenz | ☐ aggressives Verhalten | |

Desorientierung

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ zur Person | ☐ zum Ort | ☐ zur Zeit |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

Beweglichkeit

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ mit Unterstützung |
| ☐ Lähmung | ☐ bettlägerig |
| ☐ voller Transfer | ☐ beim Transfer hilft der Patient mit |

Hilfsmittel

- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Gehstock | ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl | ☐ Pflegebett |
| ☐ Lifte (welche: _____) | | | |
| ☐ Toilettenstuhl | ☐ Duschstuhl | | |

Urinkontrolle

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ kontinent | ☐ inkontinent | ☐ teilweise inkontinent (z. B. Nachts) |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|

Stuhlkontrolle

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ kontinent | ☐ inkontinent | ☐ teilweise inkontinent (z. B. Nachts) |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|

Hilfsmittel vorhanden?

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ Windeln | ☐ Katheter | ☐ Einlagen | ☐ Bettpfanne |
| ☐ Urinflasche | | ☐ suprapubischer Katheter | |

Kommunikation

- | | | | | |
|-------------|------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| Sprache | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ gar nicht möglich | |
| Hörvermögen | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ gar nicht möglich | ☐ Hörgerät |
| Sehkraft | ☐ gut | ☐ eingeschränkt | ☐ gar nicht möglich | ☐ Brille |

Wie ist der Patient/ die Patientin vom Wesen und Charakter? Welches Hobby hat der Patient/ die Patientin? (kurze Beschreibung)

Personenbezogene Tätigkeiten

- ☐ allgemeine Seniorenbetreuung ☐ Windeln/Einlagen wechseln ☐ zum Arzt begleiten
- ☐ aktivierende Betreuung (Freizeitgestaltung, spazieren gehen) ☐ Essen und Trinken überwachen/geben
- ☐ andere _____

Körperpflege ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ komplette Unterstützung

An- und Ausziehen ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ komplette Unterstützung

Medikamenteneinnahme

- ☐ selbstständig ☐ unter Aufsicht ☐ unselbstständig

Medikation wird gerichtet

- ☐ selbstständig ☐ durch Angehörige ☐ durch Pflegedienst

Diät / Schonkost ☐ nein ☐ ja (welche? _____)

Gewöhnliche Zeit der Nachtruhe von ca. _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Ein-/ Durchschlafen?

- ☐ keine Probleme ☐ sporadisch ☐ Schlaf-/Wachrhythmus gestört

Steht der Patient nachts auf?

- ☐ nein ☐ ja: ☐ einmal ☐ zweimal ☐ dreimal oder mehr

Bekommt er/sie Schlafmittel? ☐ ja ☐ nein

Braucht der Patient beim nächtlichen Aufstehen Hilfe? ☐ ja ☐ nein

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- ☐ kochen ☐ waschen ☐ bügeln ☐ Einkäufe machen ☐ aufräumen/reinigen ☐ leichte Gartenpflege
- ☐ weiteres _____

IV. Haushalt

- ☐ Großstadt ☐ Kleinstadt ☐ Dorf
- ☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung

Haushaltsfläche: _____ m² **Gartenfläche:** _____ m²

Angehörige: ☐ wohnen im selben Haushalt ☐ wohnen in der Nähe ☐ wohnen weit entfernt

Einkaufsmöglichkeiten: ☐ ca. 10 min. ☐ ca. 30 min ☐ ca. 1 Stunde ☐ mehr _____

Tiere ☐ ja, welche _____ ☐ nein

Wird eigenes Zimmer für die Betreuungskraft vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein – wo wird die Betreuungskraft untergebracht? _____

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

- ☐ Bett ☐ Schrank ☐ Tisch ☐ TV ☐ Radio ☐ eigenes Bad
- ☐ andere _____

Der Betreuungskraft zur Verfügung gestellten Kommunikationsmittel

- ☐ Telefon ☐ Festnetz mit Auslandsflatrate ☐ Internet – Zugang

V. Personalanforderungen

- Geschlecht:** ☐ Frau ☐ Mann ☐ egal
- Alter:** ☐ 20 – 30 ☐ 30 – 40 ☐ 40 – 50 ☐ über 50 ☐ egal
- Pflegeerfahrung:** ☐ nicht erforderlich ☐ erforderlich ☐ wäre von Vorteil
- Führerschein:** ☐ nicht erforderlich ☐ erforderlich ☐ wäre von Vorteil
- ☐ Rauchen nicht erlaubt ☐ Rauchen draußen erlaubt

Deutschkenntnisse:

- ☐ **Einfache Kenntnisse** - die Betreuungsperson verfügt über einen geringen Grundwortschatz und kann sich meistens mit einzelnen Worten und auf einfache Art verständigen, verfügt aber noch kaum über Grammatikkenntnisse. Die BP bemüht sich von sich selbst auf Deutsch zu sprechen, versucht auch Übersetzer-Apps zu benutzen, versteht einfache Sätze, wenn der Gesprächspartner hilft und langsam spricht.
- ☐ **Mittlere Kenntnisse** – die Betreuungsperson versteht schon relativ viel, kann aber nicht fließend sprechen. Grammatische Regeln sind noch nicht automatisiert. Die BK kennt einfache Wendungen, die es ihr ermöglichen, sich in routinemäßigen Alltagssituationen zurechtzufinden. Sie kann in kurzen Sätzen entsprechend auf vertraute und geläufige Fragen und Informationen reagieren.
- ☐ **Gute Kenntnisse** – die Betreuungsperson kann sich allgemeinsprachlich gut und sicher auf Deutsch verständigen und sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen äußern sowie aktiv an alltäglichen Unterhaltungen teilnehmen. Die BK baut oftmals längere Sätze, einzelne Fehler können ihr noch sporadisch unterlaufen. Die BP ist sich schon der meisten grammatischen Regeln bewusst.